

『指定介護老人福祉施設』 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 4070000593 号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、以下の通り説明します。

※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果『要介護3』以上と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも相談に応じます。

1 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人浄興寺灯明会 |
| (2) 法人所在地 | 福岡県築上郡築城町大字安武 990 番地 |
| (3) 電話番号 | 0930-52-3151 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 竹本 郁世 |
| (5) 設立年月日 | 昭和 45 年 4 月 1 日 |

2 ご利用施設の概要

建物の構造 鉄筋コンクリート造 平屋建て (耐火構造建築)

建物延べ床面積 1546.04 m²

併設事業所 当事業所では、次の事業を併設して実施しています。

『短期入所生活介護』 平成 15 年 7 月 1 日 福岡県 4070000585 号 定員 3 名

『通所介護』 平成 11 年 12 月 9 日 福岡県 4070000577 号 定員 24 名

『居宅介護支援事業所』 平成 11 年 12 月 24 日 福岡県 4070000551 号

施設の周辺環境 (自然環境に恵まれた場所に位置しています。)

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 |
| | 平成 12 年 4 月 1 日 福岡県指定 4070000593 号 |
| (2) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 誠松園 |
| (3) 施設の所在地 | 福岡県築上郡築城町大字安武 990 番地 |
| (4) 電話番号 | 0930-52-3151 |
| (5) F A X | 0930-52-3150 |
| (6) 施設長 (管理者) | 氏名 竹本 公郁 |
| (7) 開設年月日 | 昭和 55 年 8 月 21 日 |
| (8) 入所定員 | 50 人 |

(9) 当施設の運営方針

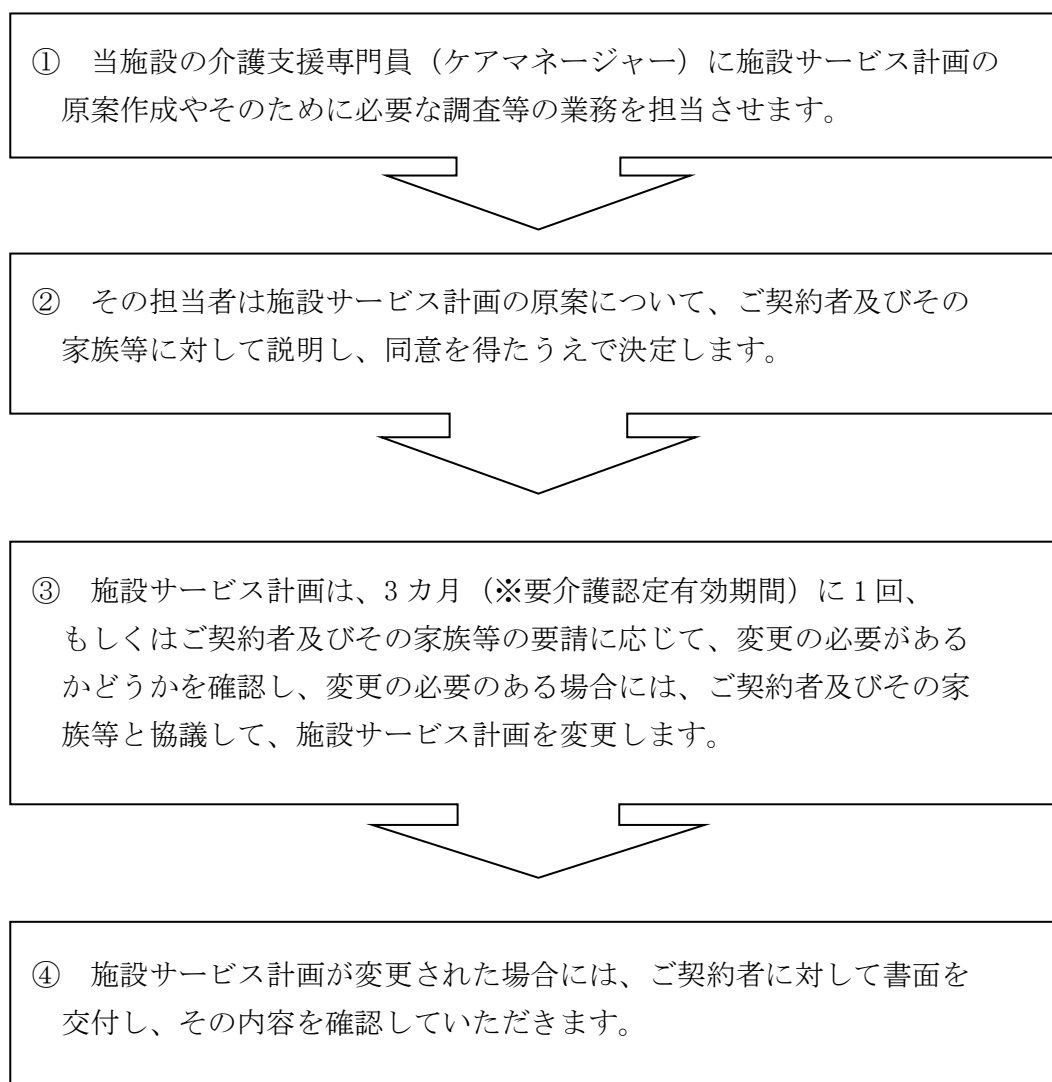
社会福祉法人浄興寺灯明会が開設し、特別養護老人ホーム誠松園運営する。指定介護老人福祉施設サービスの適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従事者が、要介護状態にある利用者に対し、適正なサービスを提供します。

施設の目的 施設サービス計画に基づき、可能なかぎり、居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練健康管理及び療養上の世話を行なう。そのことにより、契約者がその有する能力に応じて、自立した日常生活上を営むことができるよう努力します。

3 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行ないます。

(契約書第2条参照)



4 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋と2人部屋です。希望される居室がある場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	部屋数	備考
1人部屋	3室	短期入所生活介護
2人部屋	4室	静養室含む
4人部屋	11室	各部屋トイレが1か所設置
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	1室	個浴2台設置
医務室	1室	

上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

1. 居室の変更：ご契約者から居室の変更希望があった場合は、居室の空き状況により施設での可否を決定します。また、御利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、御利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

☆ 利用にあたって別途利用料金をご負担いただく居住費、施設、設備

居住費として	1日 430円	※減額非対象者は、915円
--------	---------	---------------

上記は、介護保険の基準サービスにならないため、ご利用の際は、別途利用料金をご負担いただきます。

5 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〔主な職員の配置状況〕 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	1 名
2. 介護職員	20	15 名
3. 生活相談員	1	1 名
4. 看護職員	3	2 名
5. 機能訓練指導員	1	1 名
6. 介護支援専門員	3（兼務）	1 名
7. 医師	（1）	必要数
8. 歯科医師	（1）	必要数
9. 管理栄養士	1	1 名
10. 歯科衛生士	（1）	必要数

※ 常勤換算：職員それぞれ週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

〔主な職種の勤務体制〕

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師 歯科医師 歯科衛生士	毎週火・金曜日 13：30 ～ 16：30 月 複数回 月 4 回以上
2. 介護職員	☆標準的な時間帯における最低配置人員 早 出 7：00 ～ 16：00 8：00 ～ 17：00 遅 出 10：00 ～ 19：00 超遅出 12：00 ～ 21：00 夜 勤 17：00 ～ 09：00
3. 看護職員	8：00 ～ 17：00
4. 機能訓練指導員	8：00 ～ 17：00
5. 生活相談員	8：00 ～ 17：00

6 配置職員の職種

介護職員	—	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行ないます。3名の利用者に対し1名の介護職員を配置しています。
生活相談員	—	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行ないます。 1名の生活相談員を配置しています。
看護職員	—	主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行ないますが、日常生活上の介護、介助等も行ないます。3名の看護職員を配置しています。
機能訓練指導員	—	ご契約者の機能訓練を担当します。 1名の機能訓練指導員を配置しています。
介護支援専門員	—	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。 1名の介護支援専門員を配置しています。 また、2名の兼務の介護支援専門員を配置しています。
医師	—	ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行ないます。
栄養士	—	ご契約者への食事提供に係る企画、管理、栄養指導をおこないます。

その他、施設長、事務長、事務職員、宿直員を配置しています。

7 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについては以下の通りです。

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります。

当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

(サービスの概要)

① 食 事

- ・ 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。(主食の選択が出来ます。)
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂等で食事をとっていただくことを原則としていますが好きな場所で好きな時間で食事をする事も出来ます。

(食事時間) 朝食 8:00 ~ 昼食 12:00 ~ 夕食 17:30 ~

② 入浴

- ・(月・火・水・木・金・土・日)いつでも入所者様の入りたいときに入浴できます。清拭は毎日行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽(デイ)を使用して入浴することができます。
- ・入所者様のプライバシーを重視し、個浴にて一人一人対応し、入所者様の状態にあった入浴ができます。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行いません。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 健康管理

- ・医師の指示の下看護職員が、健康管理や投薬管理を行いません。

⑥ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕着替えを行なうよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ・食事後の口腔ケアをします。

[サービス利用料金(1日あたり)]

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払いください。

(サービス利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

(1割負担の場合)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護度 1 5.890 円	要介護度 2 6.590 円	要介護度 3 7.320 円	要介護度 4 8.020 円	要介護度 5 8.710 円
2. うち、介護保険から給付される金額	5.301 円	5.931 円	6.588 円	7.218 円	7.839 円
3. サービス利用に係る自己負担額(1-2)	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
4. 居室に係る自己負担額	所得により二段階に設定されています。 420 円 ・ 915 円				
5. 食費に係る自己負担額	所得により四段階に設定されています。 300 円 ・ 390 円 ・ 650 円 ・ 1.360 円 ・ 1.445 円				
6. 自己負担額合計(3+4+5)					
(2割負担)	1.178 円	1.318 円	1.464 円	1.604 円	1.742 円
(3割負担)	1.767 円	1.977 円	2.196 円	2.406 円	2.613 円

利用料金の変更

また、介護保険から給付額に変更があった場合、加算額の変更があった場合等にわせて、ご契約者の負担額を変更するものといたします。ご契約者は変更に同意出来ない場合は、本契約を解約する事が出来ます。

上記の表以外にご契約者が、6日以内の入院又は外泊された場合に、お支払いいただく利用料金は、次の通りです。です。但し、外泊の場合においては初日と最終日に係る利用料金は、いただきません。また、その他の加算料金は以下の通りです。

[加算料金]	(1 割負担)	(2 割負担)	(3 割負担)
○ 初期加算	30	60	90
○ 看護体制加算 (Ⅱ) イ	13	26	39
○ 夜勤職員配置加算 (Ⅰ) イ	28	56	84
○ 日常生活継続支援加算 (Ⅰ)	36	72	108
○ 口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	110	220	330
○ 栄養マネジメント強化体制加算	11	22	33
○ 個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12	24	36
○ 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20	40	60
○ 療養食加算	6	12	18
○ 経口維持加算 (Ⅰ)	400	800	1200
○ 経口維持加算 (Ⅱ)	100	200	300
○ 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	50	100	150
○ 排せつ支援加算 (Ⅰ)	10	20	30
○ 排せつ支援加算 (Ⅱ)	15	30	45
○ 排せつ支援加算 (Ⅲ)	20	40	60
○ 褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	3	6	9
○ 褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	13	26	39
○ 安全対策体制加算	20	40	60
○ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	14.0%	14.0%	14.0%

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

[サービスの概要と利用料金]

① 特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

② 理髪・美容

[理髪サービス]

ご契約者の希望により、理美容師の出張による理髪サービスをご利用できます。

利用料金：1回あたり 1,000 円 (顔そり 1,500 円)

③ 貴重品の管理

ご契約者の希望により、現金等の管理サービスがご利用できます。

1. 管理する金銭の形態：小口現金として 1 万円以内の現金

2. 出納方法：本人様の請求によりその都度、お渡しいたします。出入金の記録を作成し、いつでも閲覧できる様になっております。

④ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加していただくことができます。内容はその都度ご契約者の意見に添えるようなものを行いません。

⑤ ご契約者は、看護記録・介護記録・施設サービス計画書等の記録について、申し出があり次第対応し、閲覧できるように致します。

⑥ 日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

(オムツ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません)

⑦ 居室にて、テレビを使用される場合は、1日/50円を請求させていただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

料金は、1カ月ごとに計算、ご請求します。翌月末日までに以下の方法でお支払いください。(1カ月に満たない期間のサービス利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア 誠松園窓口での現金支払

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、下記の医療機関での優先的な診察・入院治療を保証するものではありません。また、下記の医療機関での診察・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	新田原聖母病院	新行橋病院	片山医院	たかむら歯科
所在地	行橋市東徳永	行橋市道場寺	築上町安武	築城町安武
診療科目	内科・循環器科	夜間救急	内科・外科	歯科

8 施設を退所していただく場合 (契約終了について)

当施設との契約では契約が終了する期間は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に以下のような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合

(但し、ご契約者が平成12年3月31日以前からホームに入所している場合、適用されません。)平成27年4月以降入所で、要介護認定後、要介護1・2になられ、特例入所会

議にて非該当となった場合。

- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 事業者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）

(1) ご契約者から退所の申し出（中途契約・契約解除）

契約の有効期間中であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により、ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められた場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出によって退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑦ ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3カ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご契約者が継続して3カ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保険施設に入所した場合又は介護療養型医療施設に入院した場合

★ 契約者が病院等に入院された場合の対応について ★

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

① 検査入院等、6日以内の短期入院の場合

6日以内に退所された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり 246円

② 7日以上3カ月以内の入院の場合

3カ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院中は他の短期入所生活介護利用者に居室を提供していただく事があります。この場合、入院中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

⑧ 3カ月以内の退院が見込まれない場合

3カ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。ただしこの場合は、当施設に優先的に再入所する事ができます。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行ないます。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保険施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

9 身元引取人

- 1) 契約締結にあたり、身元受取人をお願いすることになります。ただし、利用者において社会通念上、身元引受人を立てることが出来ないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたっては身元引受人の必要はありません。
- 2) 身元引受人は、利用者の利用料金の経済的な債務については、利用者と連帯してその債務の履行義務を負うことになります。また、医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、手続きを円滑に遂行する為に必要な事務処理や費用負担になどをさらには、等施設と連携して退所後の利用者の受け入れ先を確保する責任を負う事になります。
- 3) 利用者が入所中に死亡した場合には、そのご遺体や残置物の引取り等の処理についても身元引受人がその責任で行う。

10 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情解決責任者 施設長 竹本 公郁
- 苦情受付窓口（事務所）
（担当） 事務長 竹本 亮一 （担当） 生活相談員 植村 千里
- 受付時間 8：00 ～ 17：00

TEL 0930-52-3151 ・ FAX 0930-52-3150

○ 外部の第3者委員への相談連絡先

池尾 允二郎 0930-52-0280 吉留 一富 0930-52-2794
大畷 裕子 0930-56-1505

(福岡県の相談窓口)

●福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正委員会

福岡県春日市原町3丁目1-7

TEL092-584-3377 FAX 092-584-3369

●福岡県国民健康保険団体連合会

〒812-8521 福岡県福岡市博多区吉塚本町13-47

TEL092-642-7859 FAX 092-642-7852

●行橋市役所 介護保険課

〒824-8601 福岡県行橋市中央一丁目1-1

TEL 0930-25-1111 FAX 0930-25-0299

●豊前市役所 健康長寿推進課

〒828-8501 福岡県豊前市大字吉木955

TEL 0979-82-1111 FAX 0979-82-5240

●みやこ町役場本町 保健福祉課

〒824-0892 福岡県京都郡みやこ町勝山上田960

TEL 0930-32-2516 FAX : 0930-32-4563

●介護保険広域連合 豊築支部

〒828-0021 豊前市大字八屋1702-5

TEL 0979-84-1111 FAX : 0979-84-1116

11 サービス提供における事業者の義務

当施設は、開かれた施設として、財務諸表、事業計画、決算書類の開示をいたします。また、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定更新の申請のために必要な援助を行いません。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載する等、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た、

ご契約者又はご家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行なう際には、あらかじめ文書にてご契約者の同意を得ます。

12 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

ペット（犬、猫等の生き物）、高価な装飾品

(2) 面 会

面会時間：原則として10:00～11:00のみ

※ 来訪者は必ず検温及び面会者名簿に記帳してください。

※ 面会による新型コロナウイルス等の感染症の感染リスク向上についてはご了承ください。

※ 感染症予防対策として施設内ではマスクの着用をお願いすることがあります。

※ 来訪される場合、食べ物の腐敗しやすいもの・酒類等の持ち込みはご遠慮ください。（食べ物類については職員にご相談ください。）

(3) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、前日までにお申し出てください。

(4) 食 事

食事が不要な場合は、3日前までにお申し出ください。3日前までに申し出があった場合には『食事にかかる自己負担額』は免除されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意

① 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。

② 故意に又は、僅かな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

③ ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、この場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行ないます。

④ 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行なうことはできません。

13 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任に減じる場合があります。

14 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急時の事態に備え必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし防災計画を立て年2回以上全職員、入所者による訓練を行います。

15 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限する様な身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむ得ない理由により拘束せざる得ない場合には、事前にご本人やご家族に説明し承諾を得るとともに、心身の状況、その時間、拘束の方法等を記録します。

16 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は職務上知りえた入所者又はその家族の情報を、退職後においても外部に漏らすことの無い様に、従業者との雇用契約の内容としています。

17 虐待の防止

施設は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。虐待の防止のための指針を整備し、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。

サービス提供中に、当該施設従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じることが予想される場合には、利用者に対しその変更内容について書類を交付して説明します。また、その場合には、利用者の同意確認の為署名捺印をいただきます。

以上、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム誠松園

説明者職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

印

ご家族様 住所

氏名

印

利用者との続柄 ()

令和 年 月 日

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込書又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

18 入所者の皆様の個人情報の保護について

当施設では、入所者の皆様に安心して介護を受けて頂くために、入所者の皆様の個人情報の取扱いにも万全の体勢で取り組んでいます。個人情報を利用させて頂く必要が生じた場合には、入所者の皆様(御家族)の同意を頂く事しております。

[条件]

- 厚生労働省が定めた（省令第33条第3項、第140条）にしたがって適切な取扱いをすること。
- 個人情報の提供は最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意をはらうこと。
- 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておく。

[利用目的]

利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

1. 施設内部での利用

利用者に提供する介護サービス

介護保険事務

入所者の入、退所の管理 介護事故 緊急時の報告

2. 他介護事業者への情報提供での利用

利用者へ居宅サービスを提供する為、他事業所との連携、照会のため
利用者の診療等に当たり外部の医師の意見、助言を求める為
介護保険審査支払機関へのレセプト提出 保険者からの照会
損害賠償保険等に係る保険会社への相談または、届出

施設内部での利用目的

介護サービス業務の維持改善 施設等で行われる事例研究
施設に於いて行われる学生等の実習への協力
外部審査機関 評価機関への情報提供
第三者機関の評価の有無（無）

ご利用者とそのご家族の個人情報については、必要最小限の範囲内で使用する事とします。
上記の説明を理解し、個人情報の利用に同意します。

目的 施設サービスを円滑に提供する為
職員の範囲 施設サービスを提供する職員

期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(ご家族様)

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)